



Revue d'histoire du XIXe siècle

Société d'histoire de la révolution de 1848 et des
révolutions du XIXe siècle

30 | 2005

Pour une histoire culturelle de la guerre au XIXe siècle

Écriture des soins, écriture du combat : six médecins militaires français au Mexique (1862-1867)*

Claire Fredj



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rh19/999>

DOI : 10.4000/rh19.999

ISSN : 1777-5329

Éditeur

La Société de 1848

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2005

ISSN : 1265-1354

Référence électronique

Claire Fredj, « Écriture des soins, écriture du combat : six médecins militaires français au Mexique (1862-1867)* », *Revue d'histoire du XIXe siècle* [En ligne], 30 | 2005, mis en ligne le 18 février 2006, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rh19/999> ; DOI : 10.4000/rh19.999

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Tous droits réservés

*Écriture des soins, écriture du combat : six médecins militaires français au Mexique (1862-1867)**

Claire Fredj

- 1 « Je n'ai jamais pris part aux horreurs de la lutte et [...] témoin, non acteur dans le drame, je n'ai jamais eu ma part de cette ivresse exaltée qui en dissimule la laideur. Chirurgien militaire, chargé des raccommodages, comme le disaient assez dédaigneusement les officiers, je m'efforçais de soulager les souffrances dont j'étais témoin [...] je m'applaudissais de n'être pas obligé de m'associer aux haines nationales ; je prodiguais instinctivement mes soins aux vainqueurs et aux vaincus, aux amis et aux ennemis »¹. Louis Collas, dans ce court extrait de sa nouvelle, fait du médecin militaire un témoin – terme répété à deux reprises –, non un acteur des « horreurs de la lutte », le spectateur du combat dont il aura à soigner les conséquences. Présent sur le champ de bataille, il est souvent présenté comme extérieur au combat ; il se perçoit cependant au XIX^e siècle comme un militaire à part entière. Homme de guerre particulier, que peut dire le médecin militaire sur le déroulement de la guerre et sur sa propre action au sein de celle-ci ?
- 2 Le récit de guerre a longtemps été caractérisé, selon John Keegan, par « la pauvreté des interprétations, en ce qui concerne le comportement humain dans le stress d'une bataille »². Depuis, les travaux sur l'expérience de la guerre et les manières de la raconter se sont multipliés³, ainsi que sur l'effort fait pour « mettre en mots une expérience particulièrement effrayante et douloureuse »⁴, parallèlement à des interrogations sur la violence faite aux corps⁵, sur la douleur⁶, sur la souffrance notamment celle du soldat⁷ et d'un intérêt renouvelé pour « l'individu dans la guerre »⁸. Au sein de cette historiographie en mouvement, l'attention aux blessures et aux blessés de guerre va croissant. Sophie Delaporte s'intéresse particulièrement aux écrits des médecins, qualifiés à juste titre de « premiers témoins de la souffrance des combattants »⁹. Elle souligne la difficulté qu'ils ont de rapporter leur expérience de la violence et du combat, une

« énigme [...] plus grande que jamais »¹⁰ due au fait selon Hélène Dequidt que le médecin n'est pas un combattant. La recherche commence à s'intéresser également de plus en plus aux aspects sanitaires des guerres du XIX^e siècle¹¹. Différents aspects du travail médical, notamment chirurgical, sont particulièrement étudiés par les sciences sociales¹² qui en explorent aussi depuis quelques années les dimensions narratives¹³, en même temps que l'anthropologie des sciences – dans le cadre des recherches sur le travail concret en laboratoire – se penche sur la trace écrite du travail scientifique¹⁴. L'écrit médical devient un objet d'enquête¹⁵. Il s'agit d'en décrypter la structure, d'en dégager les éléments rhétoriques, les méthodes employées pour écrire une certaine histoire.

- 3 Dans ce paysage historiographique et méthodologique en pleine évolution, c'est la manière dont le médecin militaire peut raconter la guerre dans le cadre de son travail quotidien qui m'a intéressée. Quel regard peut-il porter sur la guerre dans la période de transition qu'est le Second Empire, qui voit avec la Crimée l'avènement de formes nouvelles annonçant la « brutalisation », dont le premier conflit mondial est un premier apogée, mais où continue la guérilla, en Algérie ou au Mexique pendant l'expédition menée entre 1862 et 1867¹⁶. C'est par le biais des relations chirurgicales produites par les médecins lors de cette dernière campagne que j'aborderai la question de l'écriture de la guerre par les médecins militaires : dans la littérature médicale en effet, le moment paroxystique du combat est avant tout traité par l'examen de ses conséquences, les blessures, consignées par le médecin. Ces récits renseignent sur la guerre des médecins : la manière dont ils rendent compte du combat en fonction de la description des cas chirurgicaux donne entre autres un aperçu de la violence faite aux corps, des soins pratiqués à l'ambulance et à l'hôpital, considérés par les médecins militaires comme autant de champs de bataille, des difficultés rencontrées ou non dans la guérison. Pour des récits de campagnes lointaines comme au Mexique, le médecin se trouve éventuellement dans l'obligation d'adapter ses pratiques aux nécessités d'une guerre de guérilla faite d'engagements brefs et de longues marches.
- 4 Témoin ou acteur du combat, le médecin militaire écrit sur la guerre d'abord parce que l'écriture fait partie intégrante de la profession médicale¹⁷, ensuite parce que la médecine aux armées comporte un important aspect administratif¹⁸, enfin parce que le médecin est incité à produire des travaux scientifiques, publiés la plupart du temps, quoique pas exclusivement, dans l'organe officiel de la médecine militaire depuis 1815, le *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (RMMCPM).
- 5 Outre le traitement des malades, la tâche scientifique de l'officier de santé est en effet définie comme l'étude des causes des maladies des soldats, qui passe par la collecte d'informations rédigées sous la forme de relations d'épidémies, de rapports médico-chirurgicaux de campagne, de topographies médicales, autant de textes qui s'organisent selon des règles bien définies dont les médecins font l'apprentissage au cours de leur formation¹⁹. L'écriture et la lecture de ce type d'écrits leur sont vivement conseillées, comme l'indique le texte suivant, datant de 1831, mais qui semble toujours refléter la ligne du Conseil de santé trente ans plus tard puisqu'il est intégré tel quel dans le *Code des officiers de santé de l'armée* de 1863 : en chirurgie, les mémoires des officiers de santé militaires renferment des observations précieuses, « relativement aux effets des différentes blessures, aux opérations qu'elles nécessitent, aux modifications que les temps, les lieux, les transports plus ou moins longs, l'abondance ou la privation des ressources, obligent d'imprimer à la pratique »²⁰. Les *Mémoires et campagnes* du baron Larrey constituent une référence essentielle, comme les observations des officiers

d'Afrique qui ajoutent des connaissances « concernant l'action des climats très chauds [...], les maladies auxquelles les blessés sont exposés dans ces pays, les préceptes à suivre pour les éviter et enfin les résultats du traitement qu'on y emploie et des opérations qu'on y pratique »²¹.

- 6 Les écrits des médecins de l'armée se placent donc dans un cadre précis, donnant lieu à des passages obligés. La relation médico-chirurgicale en campagne contient le récit de la campagne, le tableau récapitulatif des pertes lors du combat, avec la « statistique des blessures par genres et par variétés [...] et d'après le siège de chacune d'elles dans les diverses régions du corps ». L'observation chirurgicale proprement dite dans laquelle le médecin passe en revue, « la marche générale des blessures, leurs complications et les moyens curatifs employés. Les pansements simples et les diverses indications qu'on a ordinairement à remplir, le débridement, l'extraction des corps étrangers, les ligatures artérielles, les résections et les amputations primitives et consécutives, seront consignés avec soin, ainsi que les résultats obtenus »²².
- 7 Tous n'écrivent pas, et sur les quelque 130 médecins et pharmaciens de l'armée qui ont participé à l'expédition, une trentaine envoie des travaux sur le Mexique et une vingtaine publie effectivement. Les articles sont surtout consacrés à la pathologie, à l'anthropologie, à la pharmacopée et à la topographie médicale. La chirurgie occupe environ 10% des quelques 900 pages que le RMMCPM consacre aux aspects sanitaires de la campagne entre 1862 et 1868.
- 8 De formes et de volumes variés, les six textes qui constituent mon corpus – décrits ici par ordre chronologique de publication – ont en commun de contenir des descriptions de blessures liées à une action de guerre lors de la campagne du Mexique. Léon Coindet, médecin polygraphe, envoie au baron Larrey, président du Conseil de Santé, 68 lettres du Mexique, en plus de travaux et d'observations divers, depuis 1862 jusqu'à la fin de l'expédition. Une partie de ces écrits du Mexique est publiée dès son retour en France dans un ouvrage en trois volumes, qui aurait dû être complété d'un quatrième, recensant les principaux cas chirurgicaux traités par cet officier de santé, mort en 1871²³. Ces derniers sont surtout consignés dans les lettres de 1862 et 1863, sur la défaite française devant Puebla en mai 1862, le siège, puis la prise de cette même ville l'année suivante. Edmond Dehous écrit un rapport sur l'affaire de Teocaltidje dont une partie est publiée²⁴. Léon Gouchet rédige un rapport de 26 pages manuscrites sur les blessures reçues à l'Espinasso del Diablo, dont quelques courts extraits seulement sont publiés²⁵. Henri Lespiau publie une étude sur les 500 blessés français et mexicains qu'il a eu à traiter entre avril et octobre 1863 dans les hôpitaux de Cholula et Puebla²⁶. Auguste Bintot relate la prise du *cerro* de Majoma par une colonne française après un combat d'une heure et demie ainsi que le transport des blessés vers l'hôpital de Durango et détaille plus particulièrement 28 observations chirurgicales sur la centaine que l'engagement a causé²⁷. Enfin, Jules Guyon livre le récit de l'évacuation en 1865 d'un bataillon ravagé par la malaria, marquée notamment par un combat au col de Chamal²⁸.
- 9 Quatre de ces textes racontent des engagements brefs qui font entre 2 et 24 tués et entre 7 et 95 blessés, les deux autres sont davantage centrés sur le siège de Puebla. Tous sont publiés dans le RMMCPM, sauf le dernier, dans la *Gazette médicale de Paris*. La manière de décrire les opérations diffère cependant peu entre ces deux revues, même si Guyon livre des considérations pathologiques qui apparaissent peu dans les autres écrits, plus explicitement centrés sur les blessures de guerre. « Lettre », « rapport », « observations », « exposé », ces textes sont de nature différente. Pour ne mentionner que les textes parus

dans le RMMCPM, ils doivent, pour être publiés, être évalués et choisis par les pairs de leurs auteurs, les médecins du Conseil de santé. Ils ne sont pas ensuite placés dans les mêmes rubriques : tandis que les articles originaux de Lespiau et Bintot trouvent place à la rubrique spécifique consacrée à la chirurgie, avec le titre et la titulature de l'auteur bien visibles en haut de la page, les textes de Coindet, Dehous et Gouchet, remplissent la rubrique « variétés », résumés par le Conseil de santé qui semble ainsi établir une différence entre des textes perçus comme des articles scientifiques à part entière et d'autres qui seraient davantage des témoignages d'une activité scientifique.

- 10 Les documents originaux ne sont ainsi pas toujours publiés dans leur totalité, mais j'utiliserai l'archive comme le texte imprimé, car tous ces textes ont été écrits pour l'être, et travaillés, voire retravaillés dans ce sens : le long rapport manuscrit de Gouchet ne comporte ainsi aucune rature et Bintot envoie un rapport au Conseil de santé quelques jours après la prise de Majoma dans lequel il écrit ne pas s'attarder sur cette « magnifique affaire » car il a adressé au médecin en chef un « rapport spécial sur nos blessés [...], sur l'organisation de l'ambulance provisoire, sur leur transport et leur installation à l'hôpital de Durango »²⁹. Ce rapport ne peut contenir que quelques-uns des éléments que l'on retrouve dans l'article publié et a été complété par le suivi des observations chirurgicales qui apparaissent dans le texte de 1866.
- 11 Les médecins de l'armée soulignent régulièrement les difficultés qu'ils ont à se livrer aux travaux scientifiques : le nomadisme de la vie militaire, l'éloignement des centres d'instruction, les fatigues de la pratique, surtout en campagne. Coindet jette « rapidement sur le papier »³⁰ ses notes, en précisant « qu'avec un service de 192 hommes tous blessés plus ou moins grièvement, n'ayant qu'un aide-major, il [lui est] réservé peu de temps pour la correspondance »³¹ et que, dit-il, « en l'absence complète d'ouvrages qui pourraient [...] me permettre de me livrer à des recherches intéressantes, je me borne à vous rendre compte exactement de mes actes »³². La campagne du Mexique, faite de marches et de contre-marches a permis de voir beaucoup, « mais en courant », a offert de nombreux sujets d'observations, mais qui passaient « comme des éclairs »³³. Dans ce type de guerre, « quelles notes pouvez-vous recueillir dans des marches continuelles de jour et de nuit, quand les malades réclament tous vos moments ? »³⁴ demande Guyon qui caractérise son texte comme « le simple narré, le journal [...] des souvenirs, des impressions au courant de la plume »³⁵, réclamant une indulgente lecture. La vie de médecin de régiment au Mexique a été, pour Bintot, peu favorable aux études suivies. Il recueille, au gré des expédition, des observations médicales qu'il rassemble pendant ses courts séjours dans les villes « mais, déplore-t-il, lorsque je commençais à pouvoir classer et coordonner mes observations, un départ inopiné m'enlevait toute possibilité de continuer mon travail »³⁶. La forme que prend la guerre au Mexique peut donc avoir une incidence sur l'écriture des médecins, mais leur position dans le service de santé est aussi à prendre en compte : le médecin de régiment suit son corps de troupe et ne peut souvent pas connaître le sort de ses malades ou de ses blessés, déposés à l'hôpital et confiés aux médecins d'hôpitaux³⁷. *A contrario*, Lespiau, médecin à l'hôpital, souligne la vue nécessairement partielle qu'il a de la mortalité : ne s'occupant pas des ambulances – où les morts sont nombreux –, il ne peut pas faire de comparaisons entre toutes les opérations et leur résultat.
- 12 Malgré cela, des médecins écrivent en dehors des rapports exigés. Pourquoi, confrontés à plusieurs combats du type de ceux qu'ils relatent, certains ont choisi de raconter celui-ci plutôt qu'un autre ? Trois d'entre eux ont l'habitude d'écrire – par goût ? par stratégie professionnelle ? –, comme Dehous, Lespiau et Coindet à qui 30% des textes du RMMCPM

consacrés au Mexique sont dus. Les trois autres écrivent moins : Bintot n'a rien fait paraître avant son long article, Gouchet non plus et Guyon ne semble publier que quelques articles en 1863. Peut-être ces textes jouent-ils alors un rôle de marqueur dans la biographie de leurs auteurs puisqu'à la suite des actions qu'ils relatent, ces trois auteurs sont récompensés : Bintot est cité « pour s'être particulièrement fait remarquer au combat de Majoma » et fait officier de la Légion d'honneur quelques semaines plus tard, Gouchet reçoit la Légion d'honneur en 1865 (sans précision), et Guyon « pour s'être distingué pendant l'expédition du Tancanesque »³⁸.

- 13 Les médecins qui choisissent de publier des observations chirurgicales à la suite d'un fait de guerre au Mexique insistent aussi sur leur position d'observateurs privilégiés. Lespiau note ainsi qu'il est « du devoir de tout médecin militaire qui a eu à soigner ce genre de lésions, d'exposer les cas qui lui ont offert de l'intérêt »³⁹ et Coindet écrit avoir recueilli sur plusieurs cas « assez de détails pour pouvoir [s]e former des idées nettes sur certains points de chirurgie que ne peuvent guère juger que ceux qui se trouvent ou se sont trouvés dans des circonstances exceptionnelles comme celles que nous venons de traverser »⁴⁰. Un savoir issu du terrain est ici valorisé, auquel on pourra pardonner certaines lacunes qu'aurait pu combler un travail de cabinet. Un certain degré d'exigence reste toutefois demandé. Ainsi le Conseil de santé regrette de la part de Coindet des observations « si courtes et si peu détaillées » et l'engage « à décrire dans tous leurs détails leurs blessures, le trajet de la balle, l'importance de la lésion, les accidents qui sont survenus et leurs résultats définitifs »⁴¹. Les médecins mettent également l'accent sur la possibilité qu'ils ont eue de traiter un groupe de blessés « depuis le champ de bataille jusqu'à la complète guérison »⁴², d'une manière « suivie et continue, [un privilège] qu'on est rarement à même de rencontrer »⁴³. Lespiau place davantage l'intérêt de son travail dans la comparaison possible entre deux populations de blessés, à une échelle plus vaste.
- 14 Les médecins portent ainsi un regard complexe sur les études qu'ils produisent : ils affaiblissent la scientificité de leur travail en insistant sur la difficulté de se procurer des ouvrages qui feraient juger de leur validité, tout en livrant des textes qui ont tous les attributs de l'article scientifique, fondé sur une logique d'investigation empirique et une mise en forme des résultats. L'appareil critique est léger, il existe néanmoins ; pour preuve la constitution par certains de tableaux ou de références souvent visibles dans la description des procédés opératoires, mais également dans les allusions aux débats chirurgicaux de l'époque⁴⁴. Centrés sur la blessure et ce qui l'a provoquée, que peuvent dire sur la guerre ces articles qui, finalement, sont considérés par leurs auteurs comme scientifiques, avec la rhétorique conventionnelle et la stratégie narrative propres à ce type de publication ?
- 15 Parce qu'ils doivent expliquer comment la blessure a été faite, les médecins la situent dans son contexte. Ainsi transparaît la guerre et la manière dont se déroule un engagement. Les précisions peuvent concerner les lieux : au col de Chamal « le chemin nous est coupé [...] à peine a-t-on débouché du bois dans l'éclaircie de terrain où se trouve l'ennemi en position dominante, qu'un feu terrible s'engage, partant des hauteurs, de devant, de droite, de gauche »⁴⁵. Un regard médical peut compléter la description topographique et le terrain être appréhendé par les blessures qui s'y sont données : « la configuration du terrain sur lequel a eu lieu le combat est indiquée par la direction des blessures : tous les hommes tués ont été frappés sur le sommet de la tête et toutes les blessures, sauf deux, ont été reçues de haut en bas et presque perpendiculairement »⁴⁶. Les relations des combats et la description des blessures précisent aussi les armes

employées : arme à feu (fusil, boulet, obus), lance, sabre baïonnette ⁴⁷. Les médecins découvrent les dégâts que causent les cartouches des Mexicains qui, « avec le projectile ordinaire, renfermaient des chevrotines dont la dissémination dans les tissus ajoutait encore aux dangers du mal » ⁴⁸ ou ceux provoqués par la balle cylindro-conique « même d'une distance assez grande » ⁴⁹. Tous les Mexicains cependant ne sont pas équipés des dernières nouveautés balistiques : « quels dégâts autrement graves les projectiles ennemis n'eussent-ils pas produits chez nos hommes si au lieu d'appartenir au petit calibre sphérique, leurs balles eussent été du modèle de celles des carabines » ⁵⁰, note Guyon.

- 16 Le rapport de Bintot est particulièrement précieux par les détails concernant le moment et la manière dont la blessure a été faite. Il s'appuie sur les témoignages, parfois très précis, des blessés : Adolphe Cowlet par exemple est blessé au bras gauche au moment où « apprêtant son arme pour tirer sur la cavalerie ennemie qui chargeait à sa gauche, il tenait le canon de sa carabine de la main gauche et avait la main droite sur la batterie. Un boulet, venant de la plaine à droite, brise la crosse de l'arme » ⁵¹. Les blessés eux-mêmes arrivent, dans près de la moitié des cas étudiés par Bintot, à évaluer les distances auxquelles les blessures ont été faites. La position des combattants, le déroulement de l'action avec éventuellement ses temporalités (« c'est une marche accélérée, puis, au premier coup de feu, une course au pas de gymnastique » ⁵²) ressortent ainsi des récits des médecins, comme la persistance d'un certain ordre au cœur de la bataille : Stanislas Avare, blessé, continue de combattre « et reçoit l'ordre de quitter le lieu du combat lorsque ses chefs l'aperçoivent avec la figure inondée de sang » ⁵³. Bintot montre aussi le décalage qui peut exister entre la blessure et l'arrêt de l'action : lorsque Jean-Joseph Colin a son cheval traversé par le boulet qui le frappe également, il ne sent pas le coup, cherche d'abord à se dégager de sa monture, tente de marcher mais s'arrête en voyant « sa jambe droite pendante ne tenant plus la cuisse que par un lambeau de peau » ⁵⁴.
- 17 L'affaire de Chamal fait 5 morts et 22 blessés : c'est beaucoup pour huit minutes de combat, remarque Guyon, « mais on était si près et l'on recevait un feu effrayant » ⁵⁵. Les engagements décrits sont des combats rapprochés, où le soldat peut être plusieurs fois touché, comme Tramond, qui, touché par une balle dans la poitrine, « fut criblé de coups de lance dans un des retours offensifs de l'ennemi » ⁵⁶. Les observations de Bintot donnent à voir des assauts qui tournent souvent au corps à corps violent : Jules Mauplot reçoit un coup de feu à la tête quand « il dégageait avec peine sa baïonnette du corps d'un officier mexicain qu'il venait de traverser ». Certaines descriptions de blessures dans leur langage technique disent ainsi les ravages faits aux corps : un boulet de 24 laboure la fesse droite du colonel Martin, « laissant à nu plusieurs vertèbres lombaires broyées et intéressant la moelle épinière ». La jambe droite d'Eugène Personne est « dilacérée et comme broyée », le péroné fracturé, « les ligaments externes de l'articulation du pied sont rompus et cette articulation elle-même est ouverte au point de laisser pénétrer le doigt » ⁵⁷. Et que dire de Berton, dont le ventre traversé par une balle explique que « les boissons à peine ingérées sortent de la plaie » ⁵⁸ ?
- 18 Deux médecins interrogent systématiquement les blessés sur la « sensation éprouvée sur le coup ». Guyon, résumant ses données, note qu'elle « varie de caractère avec la région lésée mais elle n'a jamais été très forte : coup de fouet (plusieurs régions), fer rouge, coup de barre (cuisse), frisson allant à la moelle des os [...] la sensation n'est jamais qu'instantanée » ⁵⁹. Bintot en revanche transcrit presque cas par cas la sensation avec les propres mots du blessés (« dit-il »), sans leur donner de formalisation médicale

particulière : « il éprouve dans tous le corps une secousse, comme si, dit-il, il venait d'être poussé inopinément par quelqu'un » ou il éprouve la sensation « d'un déchirement, comme si, dit-il, on lui avait arraché les boutons de sa guêtre »⁶⁰. La douleur peut être une sensation de « coupure et de picotement », « brûlure », « d'un coup léger », ou « d'un coup de bâton très fort », « violent », ou « aucune sensation, il n'y a eu plus tard, qu'un sentiment de pesanteur considérable dans le bras »⁶¹. Plusieurs sensations peuvent encore se mêler : Hilaire Freslon, touché par un éclat d'obus continue de marcher pendant quelques minutes « au bout desquelles une vive douleur s'est fait sentir dans le point lésé, avec irradiation jusqu'au genou »⁶². Cette collection de sensations éprouvées lors de la blessure est rare, quand bien même l'intérêt pour la sensation de douleur ne l'est pas⁶³. Peut-être explicable par une sensibilité particulière, on peut aussi comprendre cet intérêt par la forme de la guerre au Mexique, au cours de laquelle le nombre des blessés, s'il n'est pas négligeable, reste maîtrisable par le médecin qui arrive à développer une relation relativement suivie avec ses blessés. D'autres textes donnent des indications sur le choc, la douleur physique à laquelle s'ajoute la souffrance morale, qui n'est plus vue par le blessé mais par le médecin : « une angoisse pénible se manifeste dans toutes [l]es paroles »⁶⁴ de Maury et Arnoud est en proie à un délire loquace « dans lequel il parlait de désespoir, d'avenir perdu, de mort prochaine »⁶⁵.

- 19 Les écrits des officiers de santé peuvent ainsi décrire le déroulement d'un combat avec un sens du terrain propre au militaire. L'action de guerre est avant tout le cadre dans lequel est reçue la blessure. À partir de ce cadre descriptif se dégage une scénographie d'hommes et de projectiles qui laisse entrevoir les modalités d'une guerre de guérilla, ici faite de tirs lointains et de corps à corps dans un temps bref. Plus que l'image⁶⁶ qui montre le stigmate mais pas les conditions dans lesquelles il a été reçu ni ses conséquences, l'écrit médical, dynamique en ce sens qu'il restitue le contexte de la blessure, les dégâts causés – externes et internes –, éventuellement les réactions du blessé à la douleur, permet de cerner certaines facettes de l'expérience physique de l'engagement guerrier, autant de clés pour se rapprocher du seuil de l'indicible expérience du combat.
- 20 Pendant une partie du récit, l'attention se focalise sur le blessé mais le personnage principal du récit reste le médecin, omniprésent dès le début du combat. « Je suis obligé de descendre de cheval pour donner mes soins au canonnier Delmas [...] je cours auprès du caporal du génie Maury »⁶⁷ écrit Guyon, qui en est à son troisième blessé quand l'engagement s'achève au bout de huit minutes. Le médecin n'est pas un combattant parce qu'il ne monte généralement pas à l'assaut mais il est exposé aux mêmes dangers que le soldat, à l'affût de ceux qui tombent. Secourir les blessés sous le feu ennemi est l'une des premières raisons de citation ou de décoration des médecins militaires. Le médecin est en effet présent dans les ambulances volantes organisées sur le champ de bataille pour donner les premiers secours, aidé par des aides-majors et des infirmiers mais aussi des porte-sacs qui s'occupent du sac d'ambulance⁶⁸, autant d'auxiliaires qui apparaissent rarement au cours de cette partie du récit.
- 21 Sans cesse sollicité, il doit faire des choix, comme Bintot, qui, voyant la situation désespérée d'un de ses blessés, doit, « avec un poignant regret » l'abandonner pour soigner les autres. La première tâche du médecin est d'effectuer des pansements sur le champ de bataille : Guyon extrait par exemple trois balles sur le terrain – pas toutes pendant le combat lui-même – tandis que Bintot comprime l'artère humérale du zouave Jayé. Les soldats pratiquent parfois eux-mêmes les premières mesures d'urgence :

appliquer sur la blessure un mouchoir imbibé d'eau, envelopper un membre contusionné dans un turban, voire, comme Laurent Legoff, contenir l'hémorragie « en entourant la cuisse de son turban serré »⁶⁹.

- 22 Les blessés se dirigent seuls, ou sont dirigés vers l'ambulance, en cacolet, portés par des camarades, voire sur des moyens de transports improvisés tel ce « brancard de tente abri et de lances mexicaines »⁷⁰. L'ambulance est installée par Bintot à quelque distance du champ de bataille, dans l'église de la hacienda de la Estanzuela. Il s'efforce d'y apporter un minimum de confort avec les moyens du bord : la grande quantité de laine qu'il trouve par exemple dans les magasins du domaine lui permet d'établir « une couche épaisse et douce, isolant parfaitement [s]es malades du sol »⁷¹. La population est mise à contribution, pour le ravitaillement mais aussi pour la fabrication des pansements, et ce parfois par la contrainte : « l'apathie naturelle à ces pauvres Indiens retarda de beaucoup l'exécution de mes ordres, et je fus même obligé d'employer la menace pour obtenir ce que j'avais d'abord demandé avec prière »⁷².
- 23 Les conditions d'exécution des soins dans l'ambulance sont difficiles. Guyon réalise une « trachéotomie, sans autres instruments qu'un bistouri et une sonde de trousse »⁷³. Bintot passe une partie de la nuit à faire des pansements, « une tâche difficile à raison du peu de clarté que nous fournissaient les rares chandelles que j'avais pu me procurer dans la localité »⁷⁴, et c'est « à la lumière artificielle » qu'il effectue une amputation. La table d'opération dont Gouchet se sert est « constituée de quatre cantines superposées de deux à deux sur lesquelles fut placé le battant d'une porte recouvert de couvertures et de draps »⁷⁵.
- 24 Si certaines grosses opérations ont lieu à l'ambulance, les médecins préfèrent attendre de ne plus être en expédition pour se livrer aux amputations. Le médecin organise le transport des blessés vers les hôpitaux et infirmeries. Les plus gravement atteints sont couchés dans des voitures, ce qui leur évite « les fatigues d'un chargement et d'un déchargement journalier »⁷⁶. Voitures à bœufs, litières, cacolets, brancards sont employés, des moyens de transport adaptés sont confectionnés : « le train ne pouvait mettre à notre disposition que deux paires de litières et il nous restait encore quatre blessés dont l'état ne permettait pas de faire le voyage en cacolet » écrit Gouchet qui explique la manière dont des bâts ont été adaptés au transport de blessés.
- 25 Le transport est difficile : les convois peuvent être attaqués mais c'est surtout l'état déplorable des routes qui est souligné, où peinent déjà les soldats en bonne santé et sur lesquelles les blessés souffrent le martyre. Le mouvement en lui-même est dangereux pour certaines blessures, par exemple celles de la cuisse, qui saignent « et pour lesquelles les blessés, outre le pansement, ont un compresseur pour les cas d'hémorragie. Leur cacolet est arrangé de manière à ce que le marchepied, fixé et non mobile, maintienne la jambe dans une position constante »⁷⁷. En fonction des blessures, des appareils sont fabriqués pour maintenir les membres, comme ce bandage « roulé de la main à l'épaule avec trois gouttières de fort carton mouillé embrassant solidement le bras »⁷⁸. Mais les souffrances liées aux transports sont souvent évoquées : Arnoud gémit « à chaque mouvement du mulet »⁷⁹, Pouplier, « ne pouvant plus supporter le mouvement du mulet », doit être mis dans une voiture. Le transport en brancard ne pourrait se faire sans les prisonniers, comme ce détachement « choisi parmi les plus robustes et les plus intelligents prisonniers [...] désigné pour transporter à bras M. le lieutenant Brissaud, à qui sa blessure très douloureuse ne permettait pas de supporter le mouvement de la voiture »⁸⁰, ou par les Indiens, qui sont soixante-dix à porter les sept blessés de Dehous⁸¹.

Ces populations sont aussi utilisées à l'amélioration des chemins. Le génie est parfois chargé d'élargir le chemin pour le passage d'une litière⁸² mais pour diminuer les chocs pénibles, Bintot fait placer en avant du convoi « un détachement de prisonniers mexicains chargés d'enlever les pierres de la route »⁸³.

- 26 Par les ordres qu'il donne, les initiatives qu'il prend, le médecin se représente comme le principe de décision qui fait fonctionner l'ensemble. Le rôle de l'intendance n'est jamais décrit, bien qu'elle s'occupe de la plupart des aspects matériels du service de santé, occasion de récriminations nombreuses de la part des officiers de santé de l'armée⁸⁴. Les relations de combats laissent parfois apparaître des supérieurs, plus souvent des auxiliaires, mais composent avant tout une scénographie tournant autour du couple central médecin/blessé. Présents sur le champ de bataille mais extérieurs à l'action proprement dite, concernés pourtant par celle-ci et menant une action parallèle de soins aux blessés, les médecins ont de la guerre une perception temporelle différente de celle des autres militaires. Commencée lors du combat, la guerre des médecins se déroule ensuite sur un deuxième terrain : l'ambulance puis l'hôpital.
- 27 L'observation chirurgicale peut être divisée en deux grandes étapes : le soin initial de la blessure (pansement, opération) et l'évolution de la blessure. Le médecin décrit l'aspect de la plaie, le régime suivi par le malade et éventuellement les effets plus généraux d'une lésion locale sur l'économie générale du corps. Partie intégrante de la description de la blessure, la douleur fait également l'objet de l'observation et entre dans la relation que le médecin entretient avec le blessé. Gouchet par exemple décrit la réaction d'Arnoud lorsque, avec une pince, il tente d'enlever des esquilles de la plaie mais « le malade est tellement impressionnable [qu'il] renonce à les enlever violemment »⁸⁵. Un autre a « une profonde horreur des instruments, que ce soit un stylet ou une pince, il craint qu'on le fasse souffrir et il se contracte d'avance »⁸⁶. La peur de l'amputation est aussi parfois relevée, ainsi que la manière dont cette angoisse joue sur le moral du blessé, « inquiet, il craint de perdre son membre, mais il est bientôt rassuré quand je lui dis qu'il ne sera pas opéré »⁸⁷. Le médecin indique également la manière dont il tente de gérer la douleur du blessé, avec de l'« opium à haute dose »⁸⁸, un analgésique parfois refusé par crainte d'une « surexcitation trop forte du côté du cerveau »⁸⁹. L'évolution de la douleur au cours du processus de soins est fréquemment racontée. Un blessé qui pendant la nuit ressent de très violentes douleurs n'éprouve plus au matin qu'un engourdissement dans le pied. Gouchet en conclut « que ces douleurs avaient été exagérées par l'exaltation et qu'elles disparaîtraient dans la journée si le blessé restait calme »⁹⁰. Le médecin transcrit ici la manière dont est ressentie une douleur qui évolue et se pose en juge de celle-ci.
- 28 Dans la distance mise par le chirurgien, qui monte à l'assaut du corps du blessé et n'a pas toujours cure de sa douleur, on retrouve cette « cruauté routinisée » du médecin face à un corps et non à une personne, une thématique largement étudiée par les sciences sociales⁹¹. De fait, le blessé est présenté comme un problème, présenté sous la désignation « observation n° » ou « cas n° » et l'intérêt du médecin pour le corps du blessé peut dépasser les soins à la personne : les nécropsies ne cherchent plus à guérir et Coindet mentionne « l'examen des pièces anatomiques », terme par lequel il désigne les membres coupés qu'il autopsie⁹². La dépersonnalisation du corps blessé ne peut être toutefois la seule manière de lire des observations chirurgicales, qui sont finalement autant de tranches d'existences qui ont laissé peu de traces. Elles donnent accès aux stigmates – la blessure, la transformation du corps par la douleur puis par la guérison, parfois par l'agonie (« la face est grippée, les yeux caves »⁹³) – et de façon plus exceptionnelle, aux

sensations éprouvées. Par les notations sur son état, le blessé prend vie : il gémit, a des insomnies, demande à fumer, s'inquiète. Les descriptions chirurgicales rappellent donc que le corps souffrant est aussi un corps vivant. L'histoire du blessé se poursuit parfois plusieurs mois après et Bintot raconte avoir rencontré un de ses amputés à Paris se faisant prendre des mesures pour un membre artificiel. Le regard « anatomique » du médecin contribue certes à une reconstruction de la personne comme corps, cas, patient, cadavre ⁹⁴, mais sans éliminer toute autre manière de voir un blessé, qui est aussi un individu que le praticien est amené à côtoyer. Le sens de la hiérarchie peut même contribuer à renforcer « l'humanisation » du blessé : Gouchet et Dehous distinguent dans leurs observations les officiers des simples soldats ; ceux-ci sont désignés par leur nom entier, ceux-là par leurs initiales. Guyon sépare dans son énumération les deux catégories.

- 29 Les observations concernent avant tout des blessés français mais les médecins français peuvent avoir à traiter des Mexicains, ce qui leur permet d'établir des comparaisons. Bintot note par exemple que le nombre de 31 blessés ennemis recensés après un combat qualifié d'« acharné » paraît faible, « si on ne tient compte de la force de résistance observée chez tous les Mexicains [...]. La frayeur et une insensibilité relative entrent dans la composition de cette force qui permet au blessé de fuir à des distances souvent considérables » ⁹⁵. La résistance à la douleur de l'indigène est un lieu commun de la littérature médicale. Particulièrement employé au sujet des Arabes d'Algérie à partir de 1830, il existe depuis plus longtemps ⁹⁶ et semble réactivé sur le terrain mexicain, à l'instar de la facilité de récupération des populations indigènes ⁹⁷.
- 30 Lespiau constate une mortalité des blessés mexicains supérieure à celle des blessés français, attribuable « à des causes inhérentes aux individus, circonstance que les privations et les rudes travaux supportés par les assiégés expliquent suffisamment » ⁹⁸. Il en est de même pour les accidents qui ont compliqué les plaies : alors que la gangrène des moignons, liée aux conditions individuelles, se présente exclusivement chez les Mexicains, la pourriture d'hôpital « qui tient au milieu dans lequel se trouve les blessés », s'est produite parmi les deux populations. Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade en chirurgie comme en médecine doivent donc retenir toute l'attention du médecin. Le comportement des malades diffère d'une population à une autre : les soldats français se conforment aux prescriptions des médecins alors que les Mexicains, « portant dans les hôpitaux les préjugés indiens, défaisaient continuellement leurs pansements pour examiner leurs plaies et pour remplacer les topiques que les chirurgiens leur avaient appliqués le matin, par les matières les plus repoussantes » ⁹⁹. Leur indocilité ne leur permet pas la discipline nécessaire au redressement des membres. Cela dit, pour empêcher les blessés français atteints de pourriture d'hôpital de faire progresser l'infection en se déplaçant hors de leurs salles spéciales, Lespiau les séquestre « dans un pavillon complètement isolé et une sentinelle en armes, fournie par les infirmiers, en défendait les approches » ¹⁰⁰, une pratique rappelant que le blessé est aussi un soldat qui doit obéir aux ordres.
- 31 Lorsqu'ils ont à soigner des Mexicains, les médecins de l'armée découvrent donc des individus entretenant des rapports différents avec la médecine et les médecins. L'incompréhension ne semble pas découler de la misère et du fait que la médicalisation occidentale pénètre plus lentement parmi les populations les plus pauvres, mais des « préjugés indiens », qui ressemblent au « refus médical » ¹⁰¹ des Arabes d'Algérie. Si le texte de Lespiau permet d'entrevoir chez les Mexicains qu'il soigne certaines attitudes

culturelles vis-à-vis de la chirurgie, son intérêt professionnel se concentre avant tout sur les questions d'hygiène. L'indigène est finalement peu traité dans les observations chirurgicales comme un échantillon d'humanité à valeur heuristique¹⁰² et l'intérêt anthropologique des médecins pour ces populations différentes apparaît bien davantage quand il est question de pathologies et d'acclimatement.

- 32 Les soins donnent lieu à des descriptions parfois très détaillées des manières de faire du praticien qui se met en scène à la fois comme membre d'une équipe et comme opérateur habile auquel le malade doit son salut. L'aspect collectif du travail est souvent souligné : Gouchet par exemple n'examine les blessures que quand ses collègues viennent le rejoindre à l'ambulance qu'il dirige. La concertation n'empêche cependant pas les hiérarchies de se dégager et Coindet apparaît clairement dans le rôle du patron en indiquant que les détails des observations sont recueillis par l'aide-major Borel, « auquel [il] les dicte à [s]a visite de chaque jour »¹⁰³.
- 33 L'intervention la plus importante, l'amputation, est souvent détaillée et permet d'aborder plusieurs points du travail chirurgical. Lorsqu'elle est prise, comment la décision est-elle annoncée au blessé ? Hésitant entre résection et amputation, Bintot endort son blessé, lui incise le cubitus et met en évidence une lésion qui « fait décider unanimement l'amputation de l'avant-bras »¹⁰⁴. Rien dans la rédaction ne permet de savoir si le blessé a été réveillé et informé de l'opération projetée. Le même médecin peut procéder autrement : il propose l'amputation à un blessé mexicain « qui hésite d'abord et finit par se décider »¹⁰⁵. Les trois blessés de Gouchet « prévenus de la nécessité de l'amputation, firent le sacrifice de leur membre avec beaucoup de résignation, demandant seulement à être endormis »¹⁰⁶.
- 34 Le récit de l'amputation fait clairement apparaître une répartition des tâches qui peut varier et doit prendre en compte une certaine pénurie de personnel médical. Au Mexique, les infirmiers sont mis à contribution, parfois pour des opérations demandant de véritables compétences chirurgicales : « M. le pharmacien aide-major Thomas est chargé de la chloroformisation ; M. le médecin aide-major Borel a pour mission de comprimer l'artère et le caporal infirmier de visite Machard, jeune homme très intelligent, doit m'aider, comme il s'en est déjà acquitté plusieurs fois, à pratiquer les ligatures »¹⁰⁷. Coindet coupe le membre. Pour les opérations, raconte Gouchet, « nous n'avions qu'un infirmier titulaire intelligent qui fut employé à exercer la compression, tâche difficile et dangereuse, qu'il a du reste parfaitement remplie [...] les autres infirmiers auxiliaires, peu habitués à voir couler le sang nous passaient les instruments, l'eau et les éponges »¹⁰⁸. Le travail des personnels infirmiers est ainsi valorisé, comme éventuellement le rôle d'autres auxiliaires comme le porte-sac Fages, « habitué de longue date au service des pansements »¹⁰⁹. Systématiquement employée, la chloroformisation s'est banalisée depuis la décennie précédente mais semble encore suffisamment nouvelle pour que les médecins écrivent qu'ils la pratiquent, précisant éventuellement le mode d'inhalation choisi, voire le degré d'endormissement voulu : le chloroforme « n'avait pas été poussé jusqu'à complète anesthésie » ou au contraire est « employé jusqu'à la période d'insensibilité complète »¹¹⁰.
- 35 La description de l'amputation est l'occasion de mettre en valeur les qualités professionnelles d'un collègue – Bintot décrit son aide-major Manoha réussissant une opération difficile – mais permet surtout de mettre en avant sa propre habileté professionnelle, technique, très nette par exemple dans la manière qu'a Dehous de rédiger son compte-rendu d'une amputation du pied par la méthode circulaire où, « au

lieu de disséquer une manchette tégumentaire, [il a] au niveau de la peau complètement respectée, incisé circulairement les masses musculaires en cône creux, de dehors en dedans, de manière à obtenir une manchette de peau doublée de tissu cellulaire et par conséquent offrant bien plus de ressources et de chances de vitabilité »¹¹¹. Une méthode classique d'amputation est ici suffisamment maîtrisée pour être perfectionnée, pour le bien du blessé. D'autres types d'opérations sont l'occasion de préciser une réussite technique, avec une rédaction voulant également indiquer une supériorité professionnelle. Coindet relève par exemple que les désarticulations de l'épaule faites par ses collègues Ehrmann et Clary ont échoué alors que la sienne « a été faite par le procédé de Larrey légèrement modifié par suite de l'état des tissus de [s]on opéré [qui] a aujourd'hui rejoint son corps dans un état parfait de guérison »¹¹².

- 36 Le médecin se décrit non seulement comme un technicien habile mais également comme un scientifique qui réfléchit sur sa pratique et utilise son expérience pour faire progresser la science, ici chirurgicale, dans le sens de la médecine conservatrice. La décision même d'amputer ne signifie pas un abandon des principes de conservation, mais la chirurgie de guerre a parfois des impératifs et la survie du blessé, même au prix d'un membre, peut être préférée et reconnue comme la seule solution possible. Elle s'oppose aux « opérations hasardeuses et compromettantes [de] chirurgiens plus désireux d'attacher leur nom à une tentative audacieuse que de défendre les intérêts du soldat et de l'État »¹¹³. Aussi Coindet note-t-il que les opérations consécutives ont toutes été faites sur des blessés « auxquels le mouvements, les cahots de la route avaient été funestes et ceci est une indication de ne pas essayer en pareil cas ce qui pourrait être tenté dans les circonstances ordinaires avec beaucoup de chances de succès »¹¹⁴.
- 37 Lorsqu'ils ne décrivent pas une amputation réussie, les médecins insistent sur leur succès en chirurgie conservatrice « dans des cas où jusqu'à présent, on considérait l'amputation comme de rigueur »¹¹⁵ note Coindet à plusieurs reprises, pour qui « l'expédition du Mexique a été [...] une école des plus instructives »¹¹⁶, qui l'a fait « revenir de certaines opinions [...] admises jusque là sur la foi des traités »¹¹⁷. Gouchet lui aussi remarque que lors de son séjour au Mexique, « on n'obtenait pas d'avantages sérieux en extrayant prématurément des esquilles encore adhérentes aux parties molles »¹¹⁸. Contre l'avis de deux médecins plus anciens dans la carrière, il s'oppose à une amputation. Le membre est conservé et le blessé guérit. Ces descriptions sont donc aussi à inclure dans une discussion qui se poursuit depuis de nombreuses années dans les pages du RMMCPM sur les avantages des résections par rapport aux amputations et sur la manière de traiter les plaies de guerre, un débat alimenté par des exemples nombreux recueillis en Algérie, en Crimée – à grande échelle – en Cochinchine et au Mexique. Il s'agit aussi de limiter les infirmités. Lespiau raconte ainsi comment les plaies produites par des boulets, des éclats d'obus ou de bombe sans lésion des os lui permettent « de faire des recherches cliniques intéressantes au point de vue d'une cicatrisation sans difformité » ou sur la rétraction, indiquant que la pratique suivie dans son service lui a donné « les meilleurs résultats »¹¹⁹.
- 38 L'habileté des médecins français se mesure aussi à l'aune des résultats de leurs confrères mexicains, qui font l'objet d'une estime variable : d'après le résultat des amputations, ils paraissent être « de bons opérateurs »¹²⁰, remarque Coindet qui note également qu'ils coupent « souvent alors que rien n'en indiqu[e] absolument la nécessité »¹²¹. La « manière vicieuse »¹²² dont le médecin mexicain chargé d'un de ses blessés fait ses pansements, en laissant le moignon à l'air libre pendant qu'il prépare les pièces du nouveau pansement, paraît à Bintot l'explication de l'apparition du tétanos.

39 Le souci de mettre en avant l'expérience acquise en campagne pour la valoriser caractérise les textes des médecins qui semblent choisir de raconter un combat en fonction de la réussite qu'ils ont eue lors de leurs soins : les pertes sont peu évoquées dans ces récits et la manière de traiter l'échec thérapeutique mériterait une étude. Ils préfèrent donc décrire des méthodes présentées comme efficaces et insistent sur leur propre rôle en tant qu'individus qui font avancer l'art chirurgical, à partir de leur expérience du terrain mexicain et avant tout de leur expérience de la guerre. Les réussites qu'ils proposent sont dues à leur condition de médecins militaires à qui la guerre donne l'occasion de voir des plaies nombreuses et variées, ainsi qu'une infinité de situations exigeant du médecin une adaptation de sa pratique.

40 ***

41 Les relations chirurgicales apportent un éclairage particulier sur le moment paroxystique du combat mais aussi sur la campagne d'un officier de santé. Ni Napoléon, ni Fabrice, le médecin militaire – soldat aguerri et praticien – écrit des récits de combat distancés tout en montrant la guerre de près, notamment dans ses effets immédiats sur le corps des combattants. Il décrit un lieu et une action mais raconte avant tout l'histoire d'un combattant quand il se transforme en blessé et celle d'un médecin sur le champ de bataille, pivot de l'ambulance et élément essentiel du processus de soins décrits avec minutie.

42 À leur manière autobiographiques, les textes proposés éclairent d'un jour particulier des moments de guerre et peuvent donc être considérés comme des récits sur la guerre. Mais ces écrits ont une prétention scientifique : rédigés avant tout pour une hiérarchie et pour des confrères ayant des compétences similaires, ce sont également les récits d'une pratique professionnelle en temps de guerre où celle-ci apparaît comme une contrainte permettant de montrer l'habileté d'un praticien, en tant qu'individu et en tant que membre d'un corps professionnel. Enfin, en mettant l'accent sur le traitement des blessures de guerre, les opérations dans des conditions difficiles, parfois la chirurgie à grande échelle, ces textes sur la guerre des médecins révèlent autant de facettes d'une pratique qui, avec l'expérience de terrains lointains et la connaissance de pathologies variées, fondent la spécificité de la médecine militaire et qui, finalement, affirment autant la place du médecin militaire au sein du monde militaire que celle du médecin d'armée au sein du monde médical.

NOTES

1.* Je remercie Ulrike Krampfl et Natalia Muchnik pour leurs lectures et leurs conseils.

. Louis COLLAS, *Le serment : souvenirs d'un médecin militaire*, 1873, 76 p., p. 2.

2.. John KEEGAN, *Anatomie de la bataille ; Azincourt 1415, Waterloo 1815, La Somme 1916*, Éditions Robert Laffont, 1993, 324 p., p. 22.

3.. Jean KAEMPFER, *Poétique du récit de guerre*, Paris, Éditions José Corti, 1998, 290 p. ; Catherine MILKOVITCH-RIOUX et Robert PICKERING [dir.], *Écrire la guerre*, PUBP, Clermont-Ferrand, 2000, 491 p.

- 4.. Carine TRÉVISAN, « Lettres de Guerre », dans *Revue d'histoire littéraire de la France*, avril-juin 2003, 103^e année, n° 2, pp. 331-341.
- 5.. En particulier Stéphane AUDOIN-ROUZEAU et Annette BECKER, « La bataille, le combat, la violence : une histoire nécessaire », 14-18, *retrouver la Guerre*, Paris, Gallimard, 2000, pp. 24-58., et « Le corps dans la Première guerre mondiale », dans *Annales HSS*, n° 1, janvier-février 2000, pp. 47-152.
- 6.. Voir Jean-Pierre PETER, *De la douleur*, Paris, EDIMA, 1993, 202 p. ; Roseline REY, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993, 414 p. ; Marie-Jeanne LAVILLATTE-COUTEAU, *Le privilège de la puissance : l'anesthésie au service de la chirurgie française (1846-1896). Contribution à une histoire mentale de l'anesthésie*, Thèse de doctorat d'histoire sous la direction d'Alain Corbin, Université Paris 1, 1999, 3 vol., 786 f.
- 7.. Pour le XIX^e siècle, voir Corinne KROUCK, *Les combattants français de la guerre de 1870-1871 et l'écriture de soi : contribution à une histoire des sensibilités*, Thèse de doctorat d'histoire sous la direction d'Alain Corbin, Université Paris 1, 2001, 360 f. ; Odile ROYNETTE, *Bons pour le service, l'expérience de la caserne en France à la fin du 19^e s.*, Paris, Éditions Belin, 2000, 458 p.
- 8.. Voir Sylvain VENAYRE, « L'individu dans la guerre. Remarques historiographiques », dans *Hypothèses. Travaux de l'école doctorale d'Histoire de Paris 1*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1999, pp. 13-19.
- 9.. Sophie DELAPORTE, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première guerre mondiale*, Thèse de doctorat d'histoire sous la direction de Stéphane Audoin-Rouzeau, Université d'Amiens, 1999, 480 f. ; *Gueules cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre*, Paris, Éditions Noësis, 1996, 230 p. ; « Le corps et la parole des mutilés de la Grande Guerre », dans *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 205, septembre 2002, pp. 5-14 ; *Les médecins dans la Grande Guerre, 1914-1918*, Éditions Bayard, 2003, 223 p., p. 10.
- 10.. Émile JULIA, *La mort du soldat*, Paris, Librairie Académique Perrin, 1918, p. 162, cité par Hélène DEQUIDT, « La crise d'identité du monde médical français en 14-18 », dans *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 175, juillet 1994, pp. 87-101, p. 91.
- 11.. Voir Bertrand TAITHE, *Defeated Flesh : Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester, Manchester University Press, 1999 ; Jean-François LEMAIRE, *Blessures et blessés dans les armées napoléoniennes*, Thèse de doctorat d'histoire sous la direction Jean Tulard, Université de Paris 4, 1998, 261 f. ; Marc LEMAIRE, « Le rôle du Service de santé de la Marine au cours de la campagne d'Orient (1853-1856) », dans *Le service de santé des armées, entre guerre et paix*, Philippe RICHARDOT [dir.], Paris, Éditions Economica, 2003, 232 p., pp. 69-104.
- 12.. Dans la très importante littérature, surtout anglo-saxonne, publiée à ce propos, on mentionnera l'ouvrage pionnier de Claudine HERZLICH [dir.], *Médecine, maladie et société*, Éditions Mouton, 1970, 318 p. Sur le travail chirurgical, voir Stefan HIRSCHAUER, "The Manufacture of Bodies in Surgery", dans *Social Studies of Science*, vol. 21, May 1991, pp. 279-319. L'auteur y rappelle les principaux travaux d'ethnologie, d'anthropologie et de sociologie consacrés à l'analyse du travail en salle d'opération.
- 13.. Par exemple Cheryl MATTINGLY et Linda C. GARRO [dir.], *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, University of California Press, 2000, 279 p.
- 14.. Voir David PONTILLE, *La signature scientifique. Une sociologie pragmatique de l'attribution*, Paris, CNRS Éditions, 2004, 200 p.

- 15.. Thomas SCHLICH, "How Gods and Saints became transplant Surgeons : the scientific Article as a model for the writing of history", dans *History of Science*, vol. 33, part 3, number 101, September 1995, pp. 311-331.
- 16.. Voir Jean AVENEL, *La campagne du Mexique (1862-1867). La fin de l'hégémonie européenne en Amérique du nord*, Paris, Éditions Economica, 1996, X-194 p. ; Jean-François LECAILLON, *Napoléon III et le Mexique : les illusions d'un grand dessein*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1994, 260 p.
- 17.. Voir Jean-Pierre PETER, « Histoires d'histoire de la médecine : pour un examen exploratoire », dans *Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*, Paris, BPI-Centre Pompidou, 2001, 302 p., pp. 13-26, p. 17.
- 18.. Voir Pierre-Augustin DIDOT, *Code des officiers de santé de l'armée de terre*, Paris, V. Rozier, 1863, 992 p.
- 19.. *Idem*, pp. 398-406.
- 20.. Fragments (sic) pour servir à l'histoire médico-chirurgicale de l'armée d'Afrique », dans *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires (RMMCPM)*, 1^{re} série, t. XXXI, 1831, pp. 66-69, *Idem*, p. 406.
- 21.. *Idem*.
- 22.. *Idem*, p. 402.
- 23.. Arch. VdG. (Archives du Val-de-Grâce) 135, papiers Léon Coindet ; Léon COINDET, *Le Mexique considéré au point de vue médico-chirurgical*, Paris, V. Rozier, 1867-1869, 3 vol. 322 p., 348 p., 318 p.
- 24.. Edmond DEHOUS, « Expédition dans l'intérieur du Mexique. l'affaire de Teocaltidje (extrait) », dans *RMMCPM*, 3^e série, t. XII, 1864, pp. 439-442.
- 25.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET, *Exposé des blessures reçues le 1^{er} janvier 1865 au combat de l'Espinasso del Diablo*, sd, 26 p. dont quelques extraits sont publiés sous le titre « Mode de transport des blessés en campagne », dans *RMMCPM*, 3^e série, t. XIV, 1865, pp. 520-521.
- 26.. Henri LESPIAU, « Exposé clinique des blessures de guerre, soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula », dans *RMMCPM*, 3^e série, t. XIV, 1865, pp. 422-440.
- 27.. Auguste BINTOT, « Observations de blessures de guerre, traitées après la bataille de Majoma, 21 septembre 1864 », dans *RMMCPM*, 3^e série, t. XVI, 1866, pp. 39-67 ; pp. 148-162 ; pp. 230-244.
- 28.. Jules GUYON, *Journées de la colonne Delloye de San Luis de Potosi à Tancanesque (Tamaulipas), Mexique. Lettre à M. le médecin principal Léon Coindet*, Paris, E. Thunot, 1868, 33 p. (paru dans la *Gazette médicale de Paris*, n° 2, 12, 14 et 50 des 11 janvier, 21 mars, 4 avril et 12 décembre 1868).
- 29.. Arch. VdG. 59/11, Rapport trimestriel du service de santé, 1^{er} octobre 1864.
- 30.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, Lettre du 21 juin 1862, p. 9.
- 31.. *Idem*.
- 32.. *Idem*.
- 33.. Jules GUYON, art. cité, p. 1.
- 34.. *Idem*.
- 35.. *Idem*.
- 36.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 39.
- 37.. Voir « Décision ministérielle définissant les devoirs des officiers de santé des corps de troupe », 19 novembre 1841, *Journal Officiel Militaire*, t. IV, pp. 53-54.

- 38.. *Bulletin de la médecine et de la pharmacie militaires*, n° 122, janvier-février 1865 et n° 124, mars-avril 1867.
- 39.. Henri LESPIAU, art. cité, p. 424.
- 40.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre de juillet 1862, p. 10.
- 41.. RMMCPM, 3^e série, t. VIII, 1862, p. 323.
- 42.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 39.
- 43.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 6 août 1862.
- 44.. Voir David PONTILLE, *ouv. cité*, p. 70.
- 45.. Jules GUYON, art. cité, p. 18.
- 46.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 47.. Sur l'évolution de l'armement et les dégâts corporels qu'ils provoquent, voir Henri SCOUTETTEN, *Résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient*, Metz, Jules Verronnais, 1855, 29 p.
- 48.. Léon COINDET, *Le Mexique...*, *ouv. cité*, p. 12.
- 49.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 21 juin 1862, p. 9.
- 50.. Jules GUYON, art. cité, p. 23.
- 51.. Auguste BINTOT, art. cité., p. 150.
- 52.. Jules GUYON, art. cité p. 18.
- 53.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 157.
- 54.. *Idem*.
- 55.. Jules GUYON, art. cité, p. 23.
- 56.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 41.
- 57.. *Idem*, p. 54, p. 56, p. 40 et p. 237.
- 58.. Jules GUYON, art. cité, p. 20.
- 59.. *Idem*, p. 23.
- 60.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 235 et p. 240.
- 61.. *Idem*, p. 58, p. 150, p. 230, p. 153 et p. 148.
- 62.. *Idem*, p. 230.
- 63.. Voir Marie-Jeanne LAVILLATTE-COUTEAU, *ouv. cité*, pp. 22-51.
- 64.. Jules GUYON, art. cité, p. 19.
- 65.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 66.. Sur la photographie de blessures de guerre, son utilisation et ses limites, voir Kathy NEWMAN, « Wounds and Wounding in the American Civil War : A (Visual) History », dans *The Yale Journal of Criticism. Interpretation in the Humanities*, vol. 6, n° 2, 1993, pp. 63-86.
- 67.. Jules GUYON, art. cité, p. 19.
- 68.. Sur l'organisation des établissements hospitaliers en campagne et le système d'ambulances organisé pour un combat, voir Pierre-Augustin DIDOT, *ouv. cité*, pp. 741-760.
- 69.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 41, p. 238, p. 150, p. 153 et p. 233.
- 70.. *Idem*, p. 56.
- 71.. *Idem*, p. 43.
- 72.. *Idem*, p. 44.
- 73.. Jules GUYON, art. cité, p. 20.
- 74.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 45
- 75.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 76.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 46.

- 77.. Jules GUYON, art. cité, p. 23.
- 78.. Edmond DEHOUS, art. cité, p. 440.
- 79.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 80.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 153 et p. 47.
- 81.. Edmond DEHOUS, art. cité, p. 440.
- 82.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 83.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 46.
- 84.. Voir la vaste littérature qui, tout au long du XIX^e siècle, dénonce la « fausse position » des officiers de santé de l'armée, notamment liée à leur subordination vis-à-vis de l'intendance.
- 85.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 86.. *Idem*.
- 87.. *Idem*.
- 88.. Jules GUYON, art. cité, p. 20.
- 89.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 90.. *Idem*.
- 91.. Harry M. COLLINS, "Dissecting Surgery : Forms of Life Depersonalised", dans *Social Studies of Science*, vol. 24, may 1994, pp. 311-333.
- 92.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 6 août 1862, p. 13.
- 93.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 65.
- 94.. Byron GOOD, *Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Éditions Les empêcheurs de penser en rond, 1998, 434 p., pp. 165-166.
- 95.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 49.
- 96.. Par exemple, « d'après M. Percy, les Arabes et les Egyptiens sont les peuples qui jouissent de la plus grande insensibilité », P. A. MEUGY, *Dissertation sur la douleur physique*, Thèse de médecine, Paris, 1821, p. 24.
- 97.. Une guérison rapide est ainsi « un nouvel exemple de la facilité avec laquelle les traumatismes arrivent à guérison dans certaines races : cette disposition a été constatée chez les arabes par tous les médecins militaires qui ont habité l'Afrique et paraît exister aussi chez les Indiens », Jules ARONSSOHN, « Observation de ligature de l'artère axillaire à la suite d'un coup de corne », dans *Gaceta médica de México*, n° 21, 15 juillet 1865, pp. 337-338.
- 98.. Henri LESPIAU, art. cité, p. 438.
- 99.. *Idem*, p. 427.
- 100.. *Idem*, p. 438.
- 101.. Yvonne TURIN, *Affrontement culturels dans l'Algérie coloniale. Écoles, médecines, religion, 1830-1880*, Paris, Éditions Maspero, 1971, 434 p.
- 102.. Nicoletta DIASIO, *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 286 p., p. 40.
- 103.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 6 août 1862, p. 11. Plusieurs aides de Coindet envoient d'ailleurs au Conseil de Santé en 1863 des observations chirurgicales « recueillies dans le service de M. Coindet, médecin en chef de l'ambulance de la 2^e division du corps expéditionnaire du Mexique ».
- 104.. Auguste BINTOT, art. cité p. 154.
- 105.. *Idem*, p. 50.
- 106.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
- 107.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 6 août 1862.

- 108.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
 109.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 44.
 110.. *Idem*, p. 50 et 149.
 111.. Edmond DEHOUS, art. cité, p. 442.
 112.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 21 juin 1862, p. 8.
 113.. Henri SCOUTETTEN, ouv. cité, p. 27.
 114.. Léon COINDET, *Le Mexique...*, ouv. cité, p. 14.
 115.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre de juillet 1862.
 116.. Léon COINDET, dans *RMMCPM*, 3^e série, t. VIII, p. 413.
 117.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 6 août 1862.
 118.. Arch. VdG. 55/2, Léon GOUCHET.
 119.. Henri LESPIAU, art. cité, pp. 434-435.
 120.. Léon COINDET, dans *RMMCPM*, 3^e série, t. X, 1863, pp. 72-77.
 121.. Arch. VdG. 135, Léon COINDET, lettre du 31 mai 1863.
 122.. Auguste BINTOT, art. cité, p. 51.
-

RÉSUMÉS

Que peut écrire le médecin militaire sur le déroulement de la guerre et sur sa propre action au sein de celle-ci ? La question sera abordée par le biais des relations chirurgicales produites lors de la campagne du Mexique, qui restituent le contexte de la blessure, les dégâts causés aux corps, éventuellement les réactions du blessé à la douleur et permettent de cerner certaines facettes de l'expérience physique du combat et de ses suites (soins, guérison, agonie). Si l'observation chirurgicale raconte l'histoire d'un combattant quand il se transforme en blessé, le personnage principal du récit reste néanmoins le médecin, omniprésent sur le champ de bataille, pivot de l'ambulance et de l'hôpital. La description des soins met en scène un opérateur habile qui réfléchit sur sa pratique et utilise son expérience de la guerre pour faire progresser la chirurgie dans le sens de la conservation des membres. Ces récits sont donc les récits d'une pratique professionnelle en temps de guerre. Cette dernière avec ses contraintes mais aussi les adaptations qu'elle nécessite contribue à délimiter le champ d'une médecine particulière et affirme autant la place du médecin militaire au sein du monde militaire que celle du médecin d'armée au sein du monde médical.

Writing the cure, writing the fight: six French military surgeons in Mexico (1862-1867)

What would a military doctor write about war and his own experience within it? This question will be approached through the analysis of surgical observations made during the French campaign in Mexico. This sort of text gives the context of injuries, of damages done to the bodies, and sometimes the way the wounded soldier reacted to the pain. These writings can be read as a manner of showing some of the multiple facets of physical experience of war and its effects (medical treatments, healing, agony). Surgical observations tell the story of a soldier transformed into a wounded patient; but the main character of the plot is the doctor, omnipresent in the battlefield, in the ambulance, and in hospital. In the descriptions of the cure, the doctor presented himself as a skilful surgeon who reflected on his practice and used his former experience of war surgery to promote the progress of the conservation of injured members.

These stories of war are thus stories about professional practice in wartime. War — with its constraints but also its necessary adaptations — contributes to define a particular medical field and at the same time, to position the military doctor in the military world as well as in the medical world.

AUTEUR

CLAIRE FREDJ

PRAG à l'Université François Rabelais de Tours